

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 12

PATHOLOGIE ÉLÉMENTAIRE
DU
JOUEUR DE PELOTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1932

PAR

Eugène-Jean LAHONTAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées), le 9 octobre 1906.

Examineurs de la Thèse

MM. CRUCHET, professeur.....	Président.
CREYX, professeur.....	Juges.
DELMAS-MARSALET, agrégé.	
FABRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 12

PATHOLOGIE ÉLÉMENTAIRE

DU

JOUEUR DE PELOTE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1932

PAR

Eugène-Jean LAHONTAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SALIES-DE-BÉARN (Basses-Pyrénées), le 9 octobre 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur	Président.
		CREYX, professeur	Juges.
		DELMAS-MARSALET, agrégé .	
		FABRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

In memoriam.

A MA MERE

à qui je dois tout.

A MA GRAND'MERE

Exemple de la bonté de la plus pure
et de la plus noble résignation.

A MES TANTES, A TOUS MES PARENTS

A MADAME LA COMTESSE DE BOURY

A MONSIEUR EMILE-JEAN POHL

*Professeur de violon au Collège Stanislas.
Officier de l'Instruction publique.*

Il fut notre père adoptif.

A MON AMI ROGER BARBOT

Qu'il trouve ici, ainsi que ses chers parents, le témoignage de ma profonde affection.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

ANDRÉ CHALLIER, JACQUES MONS, EMILE ESTRADE

A LA FEDERATION FRANÇAISE DE PELOTE BASQUE

A TOUS CEUX QUI AIMENT, DEFENDENT
ET PRATIQUENT LE SPORT BASQUE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARPENTIER

*Médecin principal de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR, LE PROFESSEUR R. CRUCHET.

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de notre petit travail.

PATHOLOGIE ÉLÉMENTAIRE

DU

JOUEUR DE PELOTE

AVANT-PROPOS

Il ne faut point rompre avec l'esprit de tradition, la vieille terre d'où nous sortons le garde jalousement, malgré l'intrusion redoutable de cet autre esprit moins chagrin mais plus amer à certains maîtres, nous voulons dire : l'esprit de civilisation.

Aussi bien devons-nous nous justifier de ce que notre travail si modeste peut représenter de « para médical ». Ce qu'il est convenu de nommer « para médical » est dans la vogue des Esculapes de demain. Avec quelques-uns de ces derniers, nous pensons que le médecin est surtout un homme qui a des « idées générales » ; nous pensons aussi qu'il n'y a rien de plus difficile que d'avoir des « idées générales ».

A la veille de commencer une période nouvelle de notre existence, il nous est doux de jeter un classique regard vers les années qui se sont écoulées. Dût notre orgueil en souffrir, nous voyons ces années plus maigres que les vaches symboli-

ques qu'annonçait Joseph au Pharaon. Sans vouloir nous mystifier nous-même, sans ironique et fausse modestie, il nous faut revenir à l'immortel « que sais-je ? »

Nous sommes loin des thèses de nos pères, de celles de nos Maîtres. Nous voilà bien pressés aujourd'hui. Avons-nous le temps de nous recueillir seulement devant l'immense fatras des connaissances bigarrées que pendant quelque six années la Faculté éparpille au gré de nos capricieux appétits; et ceux-là mêmes parmi nos camarades plus zélés et laborieux ont-ils la possibilité ou la prétention (au gré de leur savoir) de présenter devant un jury indulgent autre chose qu'un compilé d'observations cliniques glanées dans les archives de nos hôpitaux, des conclusions étincelantes issues de bibliographies polyglottes ?

Nous ne sommes pas compétent pour critiquer ici telle ou telle manière de concevoir la préparation d'une thèse médicale : chacun connaît sa mesure, et c'est là le secret de la sagesse de chacun, mais il semble bien qu'il soit difficile d'exiger d'un étudiant lourd de son mince bagage un travail qu'il est d'usage de trouver à la fois consciencieux et... original.

Quelques-uns pensent : « Une thèse, quelle farce pour un couronnement ! Donnez-nous un sujet, une dizaine d'observations cliniques, un commentaire neutre (la neutralité est le plus solide terrain scientifique, disent les mauvaises langues). Une signature indulgente du « patron » quelques semaines ? un mois ?... et saute Marquis ! »

Nous avons travaillé en conscience sans trop espérer paraître original. Notre siècle, dit-on, est le siècle du sport, son développement croissant en ces dernières années lui a acquis une place qu'il déborde sans cesse, parfois, selon certains esprits chagrins, au détriment de l'activité intellectuelle.

Nous avons beaucoup aimé le sport, la pelote basque fut celui de notre prédilection. Nous l'avons pratiquée tout enfant, dans la petite ville qui abrita nos premières années. Nous avons douce souvenance des parties ensoleillées au pied des

géométriques et austères frontons, des parties dans l'ombre fraîche du « trinquet », des carambolages complexes avec la petite balle dure mouchetant de mille points noirs le vénérable mur en damier... Notre cœur accélérât son rythme et notre main trop délicate souffrait sans jamais ralentir son mouvement de va-et-vient.

L'on reprochera à notre travail son peu de précision. Cette matière n'admettant pas, peut-être, de rigoureux dogmatisme, comme nous le disions plus haut, il nous répugnait de choisir un sujet à caractère plus médical, de le traiter avec la lassitude ou l'indifférence résignée inhérente à notre expérience et surtout à notre incompetence. Nous ne désirons cependant pas faire valoir ainsi certaine modestie pédantesque ni trop faire présumer de nos forces et de nos capacités.

Cet exposé très élémentaire d'un sujet cher à notre cœur est pour nous l'occasion, tant attendue, de rendre hommage à notre petite patrie, à tous ceux qui nous entourèrent avec elle et chez elle de la plus tendre sollicitude et de la plus douce affection; à tous ceux qui eurent foi en nos premiers efforts, l'existence n'étant pas toujours accueillante et favorable envers ceux qui essayent, sans folles prétentions ni sans grand secours, de se frayer la route qui convient à leurs désirs, voire même à leur simple fantaisie. Nous n'avons pu, malgré un exil nécessaire et parfois prolongé, oublier notre banal petit clocher. Nous nourrissons toujours le désir d'y achever nos jours. Le temps ne fait rien à l'affaire et l'oubli du terroir n'est pas le défaut de la race basque, si éprise cependant d'émigrations lointaines et d'aventures vagabondes.

Enfin, l'on nous reprochera, sans doute encore, notre maigre travail de bibliographie. Est-il besoin de souligner la faible importance pathologique de notre sujet, son intérêt aussi local que sa... couleur. Il s'agit davantage pour nous de faire une courte causerie sur une matière qui nous plaît, d'en esquisser simplement l'intérêt physiologique ou sa valeur sportive et hygiénique (qui ne diffère d'ailleurs pas beaucoup de celle de la plupart des autres sports), d'exposer simplement

l'aspect d'une affection traumatique banale chez les joueurs de pelote à mains nues.

Nous laissons à certains techniciens sportifs l'étude et l'origine de ses variétés.

Mais nous ne nous lasserons jamais de l'antique adage, devise du sport, qui veut que « l'esprit soit sain dans un corps sans tares ». La vie n'est que du mouvement. Que ce mouvement s'organise, s'harmonise et s'amplifie, se mesure à ses moyens et à ses fins, c'est toute l'œuvre du sport et toute la collaboration du médecin. Il nous semble que le sport basque réalise à peu près cet idéal.

Présentement, le nôtre est plus modeste, mais nos Maîtres et ceux qui nous entendent savent bien qu'au delà de l'érudition, du sens clinique et de l'intelligence technique, il existe deux petites et humbles vertus, par trop dédaignées, mais bien médicales à notre avis, à savoir : le bon sens et la bonne volonté.

Nous revendiquerons cette dernière ingénument.

I

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LE SPORT BASQUE

Non loin de la vieille église, dans chaque village du pays des Basques, le fronton dresse son mur étincelant. Avant de commencer les durs travaux de l'après-midi et quand le soleil rentre ses feux du soir, les jeunes gens s'exercent au noble jeu de la pelote; quelques-uns se servent du chistera d'osier, d'autres, les plus nombreux, frappent avec leurs mains dépourvues d'artifice.

Ce jeu est un des plus anciens parmi ceux de notre continent, longtemps réservé à cette race énigmatique dont la langue nerveuse et agglutinante fait pâtir de nombreux linguistes. Il s'étend peu à peu aux provinces avoisinantes, en Béarn, où il jouit depuis longtemps d'un prestige sans cesse croissant, dans les villes méridionales, à Paris même, où des sociétés actives lui donnent une certaine vogue. Mais c'est surtout de part et d'autre des Pyrénées basses, dans les trois provinces basques françaises (Labourd, Basse-Navarre et Soule) et dans les quatre provinces basques espagnoles (Biscaye, Navarre, Alava et Guipuzcoa) que le jeu de pelote peut, sans exagération, être qualifié de « Sport national ».

Les origines de ce jeu sont anciennes, nous n'avons pas la prétention d'en établir ici la genèse : c'est l'œuvre d'ethnologues compétents. Il ne semble pas, d'ailleurs, que le problème de l'origine des Basques soit près d'être résolu. Pendant la guerre de Cent ans, les Anglais emportèrent de la province de Bayonne (Labourd), qu'ils occupèrent un certain temps, l'embryon du sport qu'ils transformèrent et baptisè-

rent bien plus tard « lawn-tennis ». C'est, du moins, ce qu'en disent certains auteurs.

Ce jeu est-il autochtone ? Certains chauvins le déclarent. Ils oublient que l'antiquité a connu les jeux de balle : la « Sphéristique » des anciens a eu ses historiens, ainsi que le jeu de « Pila », dont parlent Pline et Sénèque. Les estampes ou dessins naïfs en sont le témoignage, notre moyen âge connaissait déjà le jeu de paume. Il faut simplement remarquer la merveilleuse facilité avec laquelle le Basque s'est adapté les multiples jeux de balle, le degré de perfection qu'il a développé dans ces jeux, pour arriver à en faire, en définitive, un sport ayant ses caractères propres (1).

Aux pieds de nos Pyrénées et même de l'autre côté de l'Océan, dans les républiques latines de l'Amérique du Sud et de l'Amérique Centrale, les plus grands champions l'illustrèrent. Leur mémoire est conservée encore pieusement en Eskual Herria : qui ne connaît là-bas les prouesses d'un Perkaïn des Aldudes, d'un Gaiskonia d'Hasparren, du Manchot de Villabona, de Chiquito, de Cambo et tant d'autres véritables héros d'épopée sportive, brillants interprètes des qualités de force, d'agilité qui caractérisent leur race.

LA PELOTE, — Selon Garsault (1767), « l'art du Paumier-Raquetier et de la Paume » fut érigé en corps de maîtrise, en 1610, sous le titre de « Paumiers, Raquetiers, Faiseurs d'Eteuf, Pelotes et Balles ». La fabrication de la pelote remonte ainsi assez loin. Les pelotes fabriquées à cette époque diffèrent notablement des pelotes actuelles : les chiffons et ficelles étaient à peu près les seuls matériaux utilisés; leur poids variait autour de 70 grammes; on les couvrait avec de la peau de mouton. L'utilisation du caoutchouc devait rénover la fabrication des pelotes : aujourd'hui, le caoutchouc en forme le noyau. Son élasticité influa grandement sur l'évolution et la transformation des jeux basques. Le caoutchouc brésilien a

(1) E. Blazy.

la faveur des fabricants. On coupe de longues lanières très fines et l'on forme le noyau serré de la pelote. On peut agglutiner les lanières de ce noyau pour lui donner plus de cohésion et le rendre plus homogène.

Autour de ce noyau, on enroule des fils de laine intriqués de fils de coton (la laine aurait, dit-on, l'avantage, sur le coton, de conserver à la pelote sa sphéricité); on coud vulgairement cette gangue lano-cotonneuse; on comprime la masse dans un moule et on la revêt de cuir. Celui-ci est découpé en forme de huit de chiffre, ce qui permet de recouvrir parfaitement la pelote et d'obtenir, en outre, une ligne de couture absolument régulière.

Le cuir est tiré de la peau de mouton ou de la peau du chien.

Le poids variable des pelotes oscille de nos jours autour de 90 grammes.

Il est intéressant, avant de terminer ce chapitre, de noter tous les soins dont les pelotes sont l'objet de la part des pelotaris : quand le caoutchouc s'échauffe pendant les premiers points d'une partie, il en résulte une dilatation partielle de la pelote ⁽¹⁾, partant une élasticité moindre au bout d'un certain temps. Si la main du joueur restait indemne de toute atteinte à cette période, il en découlerait plus de chance d'éviter le mal que l'on appelle « clou ».

L'humidité est la pire ennemie de la pelote : beaucoup de Basques attribuent le « clou » à des pelotes ayant été mouillées, les places ouvertes aux atteintes de la pluie, ayant un terrain difficilement sec sont, sans doute, une cause de ce mal de la main. Le froid influerait aussi sur les pelotes, que certains directeurs sportifs protégeraient dans des espèces de couveuses.

(1) E. Blazy.

II

PATHOLOGIE DE LA MAIN DU JOUEUR DE PELOTE

A. — *Le « clou ».*

1° DÉFINITION. — Le « clou », mal mystérieux de la main des Basques pratiquant régulièrement le noble jeu euskarien. Venez au trinquet, voyez ces adolescents qui courent, sautent, s'inclinent avec grâce et souplesse. Ils frappent la pelote de tout leur cœur. Vous êtes profane, la petite boule noire vous effraye un peu, elle est folle, rapide, claquante et bondissante : « Pauvres mains, murmurez-vous. » Regardez bien ce joueur d'arrière, ses coups deviennent moins secs. Ne vous semble-t-il pas qu'il retienne légèrement son bras droit, une simple appréhension chez lui, comme une crainte vague du choc incessant. Selon l'expression de notre voisin basque, « il retient ses coups ». Cela s'accroît, le labeur de renvoi est devenu bien rude, la force, le déclenchement nerveux du début n'existent plus. Il y a bien quelques sursauts de loin en loin, ils s'accompagnent d'une grimace chez notre jeune homme. Regardez maintenant : à chaque contact de la balle contre la main, c'est le même rictus douloureux, notre joueur souffre, pendant les intervalles de courts repos, il masse sa main tuméfiée avec sa main saine, il la frotte contre les barres de fer trapues qui soutiennent le long toit incliné que l'on nomme « tambour ». Selon l'expression très judicieuse d'un médecin basque, docteur Etchepare, il « exprime sa main malade », il voudrait l'anesthésier, oublier

sa présence, continuer la partie engagée avec tous ses moyens, avec tout son honneur. C'est là le « clou », l'« itzia » des Basques, « l'aïe » douloureux de la main du joueur de pelote. Dans un jargon plus médical, nous pourrions le définir : douleur localisée dans la région métacarpo-phalangienne et dans la région métacarpienne, avec exacerbations dans certains points de ces régions, points généralement correspondants aux lieux que la pelote frappe avec le plus de régularité et le plus de fréquence.

2° QUELLE EST LA TOPOGRAPHIE PRÉCISE DU « CLOU » DANS LA MAIN ? — Dans la paume de la main, il est classique d'observer trois plis dont la disposition dessine à peu près un M majuscule : le pli supérieur est formé par l'opposition du pouce, les deux autres plis étant formés par la flexion des quatre derniers doigts. On peut dire que la région traumatisée correspondante au « clou » est comprise à peu près entre le pli médian de l'M dont nous parlons et le pli digito-palmaire. Il arrive aussi souvent que la pelote vienne coïncider dans ses chocs successifs la partie inféro-externe du bourrelet de l'éminence thénar déterminant à ce niveau une ecchymose linéaire très superficielle et très étroite. Sur le schéma du squelette de la main que nous avons dessiné ci-contre, nous avons très approximativement tracé les limites de la surface traumatisée projetée sur le plan osseux. On comprend aisément que cette surface soit très variable, la douleur est parfois étendue aux trois petites bosses graisseuses qui correspondent aux trois espaces interdigitaux. Le plus souvent, elle est localisée à une de ces trois bosses; pratiquement, l'ecchymose concomitante ne dépasse pas les limites indiquées. Cette ecchymose, dont nous expliquerons plus loin la pathogénie, peut être très réduite (volume d'une pièce de 4 franc) ou même être inexistante.

3° SYMPTOMES. — Cliniquement, le signe le plus saillant du « clou » est la douleur, nous y joindrons l'ecchymose, assez fréquente, et un certain degré d'impotence fonctionnelle de la main.

Caractères de la douleur dans le « clou ».

On nous pardonnera d'insister particulièrement sur ce signe, il entre un peu dans la nature quasi mystérieuse que les joueurs prêtent à leur mal. Nous expliquerons avec un certain excès verbal son évolution et ses degrés : il semble que les quelques auteurs ayant parlé du « clou » n'aient pas suffisamment analysé cette douleur. Nous avons eu l'occasion fréquente de l'observer sur nous-même : notre très simple observation ne diffère guère de celle de beaucoup de nos compatriotes les moins instruits comme les plus aptes à s'analyser.

Considérons d'abord la main du joueur en puissance d'avoir le « clou » pendant la durée d'une partie de pelote. On peut *très relativement* décrire trois stades :

Au début, la main éprouve une sensation de lourdeur, véritable poids permanent dans la main. A ce stade, le dos de la main est indemne de toute sensation de malaise.

A un deuxième stade, la douleur a un caractère plus sourd, intermittente, généralisée ou peu nettement localisée; à ce moment le joueur commence à « retenir ses coups », il « lâche ses coups », dit-il, la pelote n'est plus dirigée selon son désir, elle dévie peu ou prou de la trajectoire demandée, elle arrive au mur avec moins de force. Cela tient à ce que le joueur, à cette période, pressent l'arrivée de son mal. Il veut reculer sa venue : instinctivement, il donne à sa main moins de force de propulsion. Si, normalement, il joue avec sa main droite, il jouera davantage avec sa main gauche afin que sa main droite, souffrante, puisse prendre un court repos. Déjà, il emploie les moyens empiriques que nous signalions : il frotte sa main contre le mur de flanc; il appuie fortement sur le dos de sa main posée à plat sur le sol la semelle de sa sandale, exerçant bien une espèce d'expression, chassant le sang, de telle sorte qu'il semble en résulter pour lui une anesthésie fruste.

Enfin, à un dernier stade, la douleur est véritablement aiguë, en coup de poignard, on a bien la sensation d'un « clou » (itzia) s'enfonçant dans la main à chaque choc de la pelote, de là le nom donné à l'énigmatique mal. Le joueur ne peut plus frapper, la douleur irradie dans le dos de la main semblant présenter à cet endroit une acuité particulière, envahissant les doigts meurtris et congestionnés. Dans certains cas même, elle peut irradier jusque sur la face antérieure du poignet. A cette période seulement on peut constater la présence de l'ecchymose et, surtout, apprécier une hyperesthésie marquée de la région : sensibilité douloureuse à la pression; au frôlement même. On peut presque dire que la douleur est « à fleur de peau ».

Aspect de la main. — La main apparaît énorme, tuméfiée ou œdématisée. Cette tuméfaction est due à l'afflux sanguin considérable. La force centrifuge, développée par le balancement rapide et permanent du membre supérieur, chasse le sang aux extrémités de ce membre : les doigts sont rouges, violacés, d'un aspect boudiné. L'ecchymose siégeant dans les régions précédemment indiquées marque assez nettement le siège de la douleur aiguë. Après un savonnage de la main, celle-ci présente mieux son ecchymose quand elle est apparente.

AUTRES CARACTÈRES IMPORTANTS DE LA DOULEUR.

a) La main est *spontanément* douloureuse pendant les quelques minutes qui suivent son apparition, aussitôt après que le joueur a cessé son jeu.

Parfois même cette douleur spontanée n'existe plus quelques instants après la fin du jeu.

b) La *douleur provoquée* par la pression de la région malade existe pendant une période assez longue variant entre cinq et vingt jours environ.

c) L'acuité de cette douleur va diminuant.

d) En pratique, la douleur n'entraîne nullement l'impotence fonctionnelle de la main, sauf, peut-être, pendant les premières heures qui suivent son apparition, où le joueur éprouve une certaine difficulté dans la préhension des objets, dans l'extension des doigts. Cette impotence fonctionnelle est toujours insignifiante.

e) Au bout de quinze à vingt jours, la douleur provoquée par la pression disparaît complètement, mais réapparaît au choc d'un objet dur (galet mousse, corps contondant...) contre la main. Elle disparaît définitivement au bout de vingt à trente jours, d'où l'importance du repos dans le traitement.

f) Le joueur s' imagine de bonne foi être guéri : il recommence à jouer. Pendant les premières minutes de la partie, il frappe la pelote avec circonspection et modération, mais il assiste bientôt au réveil de son foyer douloureux, avec exacerbation rapide, qui l'oblige à tout abandonner. Nous voyons se reproduire le même cycle, et notre joueur est obligé de cesser la pratique de son jeu favori pendant de longs mois.

Pathogénie du « clou ».

Quelles lésions anatomo-pathologiques correspondent au « clou » ? Jusqu'à ce jour, nul observateur, médecin ou chirurgien, n'a pu porter un bistouri investigateur dans la main traumatisée. Beaucoup de praticiens basques s'imaginent, de très bonne foi, que l'anatomie pathologique apporterait de singulières lumières concernant la pathogénie du mal. Nous ne le pensons pas, étant donné ce que nous savons sur ses caractères. En tout cas, cela n'est pas si évident. Il est certain que ce qu'il est convenu de nommer une « trouvaille d'autopsie » donnerait seule l'occasion d'un examen plus intime des parties atteintes de la main, le cas ne s'est pas présenté; d'autre part, aucun joueur atteint du « mal » ne prêterait son concours à un tel genre d'exploration. Contentons-

nous des déductions tirées de la simple méthode d'exploration clinique.

L'ECCHYMOSE. — L'épanchement sanguin provoquant l'ecchymose parfois assez nettement dessinée dans les limites de la douleur, tantôt diffuse et en petite nappe, disparaît dès la fin du premier ou parfois du deuxième jour.

Nous rappelons qu'anatomiquement cette ecchymose siège au niveau des espèces de bourrelets ou petites houppes graisseuses sises à la base d'implantation des doigts dans la paume de la main; en général, l'ecchymose a une coloration plus foncée au niveau de la houppe, le plus souvent touchée par la pelote, c'est celle qui se trouve entre l'annulaire et le majeur; d'autre part, nous savons que ces espèces de petites masses graisseuses saillent au travers de l'aponévrose palmaire superficielle; leur tissu graisseux est en rapport avec le tissu sous-aponévrotique, les artères digitales de l'arcade palmaire superficielle bifurquent à cet endroit, donnant les collatérales internes et externes. On peut voir aussi avec ces dernières, et les accompagnant, les rameaux bifurqués venant du médian.

Il semble logique de penser que la violence des chocs répétés de la pelote à ce niveau peu protégé de la paume de la main contusionne les petites artères et les filets nerveux. Le sang se répand dans les mailles du tissu conjonctif, il est vraisemblable de croire aussi que la partie graisseuse formée par ces bourrelets n'est pas un amortisseur suffisant pour protéger l'ensemble vasculo-nerveux; certaines mains de joueurs (rares) présentant des callosités et des durillons ont le « clou » sans présenter d'ecchymose.

Cette partie de la main où règne le « clou » se trouve pendant l'action du jeu comprise entre deux plans rigides : le plan convexe de la pelote venant frapper et épouser le plan concave formé par la main déprimée en gouttière, favorable à la préhension et au rejet de la pelote (la main imitant le chistera d'osier). Ce deuxième plan est osseux, composé par l'articulation phalango-métacarpienne, les phalanges, la moi-

tié inférieure des métacarpiens, l'ensemble lipo-musculaire et les artérioles et vaisseaux d'abord très congestionnés par l'afflux du sang; il n'est pas jusqu'aux capillaires intra-musculaires qui ne finissent par se rompre à un certain moment provoquant cette ecchymose variable en sa forme.

En réalité, il semble qu'il ne s'agisse point à proprement parler d'hémorragies des petites artères digitales ou de leurs branches, les collatérales des doigts, la projection de ces artères sur le squelette de la main n'indiquant pas un rapport suffisamment intime avec ce dernier pour qu'il se produise un processus de véritable écrasement vasculaire contre le plan profond osseux et résistant, les petites artères élastiques pouvant sans doute glisser sur les bords latéraux des articulations métacarpo-phalangiennes ou s'appuyant sur leurs ligaments d'union, ce sont peut-être les capillaires périarticulaires et intra-musculaires, les capillaires sillonnant le massif cellulo-graisseux dont nous avons parlé, qui se rompent, éclatant après un stade d'hypercongestion.

Comment expliquerions-nous maintenant la douleur si caractéristique du « clou » ? Plusieurs hypothèses de valeur inégales ont été invoquées, nous les passons rapidement en revue.

1° *Théorie névritique du « clou »*. — Nous rappellerons que le nerf médian envoie des rameaux sensitifs à la peau de la région palmaire comprise en dehors d'une ligne conventionnelle qui passerait par l'axe longitudinal de l'annulaire; d'autre part le médian innerve tous les muscles de l'éminence thénar, exception faite du rameau profond du court fléchisseur du pouce des deux lombricaux internes innervés par le cubital.

Les muscles de l'éminence hypothénar étant innervés par le cubital ainsi que la région palmaire située en dedans de la ligne passant par l'axe de plus haut. Les interosseux dorsaux et palmaires sont innervés par le cubital. Les nerfs collatéraux des doigts sont placés en avant des artères collatérales dont ils sont accompagnés. Quelques auteurs, entre

autres le Docteur Etchepare dans sa thèse de doctorat (1901, Faculté de Bordeaux), expliquent la pathogénie de la douleur dans le « clou » par une névrite des filets terminaux du médian contusionnés.

Cette névrite expliquerait : « l'exagération momentanée de la sensibilité superficielle et la persistance plus ou moins longue de la douleur à la pression ». Nous aurions donc affaire à une névrite d'ordre chirurgical succédant à un traumatisme, mais à un traumatisme fermé, son caractère essentiel pathogénique étant son asepticité.

Le « clou » a-t-il tous les symptômes d'une véritable névrite ? Nous ne le pensons pas. Sans doute retrouvons-nous certains troubles sensitifs propres aux névrites, surtout cette hyperesthésie, mais elle est plutôt musculaire que cutanée, rien de commun avec cet état douloureux suscité par le froid, le frôlement, cette causalgie classique ou douleur de cuisson, cet aspect de l'épiderme (glossy skin des anglais), pas de troubles moteurs proprement dits, des troubles trophiques peu symptomatiques (nous reviendrons rapidement sur ces derniers).

Quoi qu'il en soit l'hyperesthésie cutanée n'existe qu'à la période aiguë du mal, alors que la main se présente à nous chaude, tuméfiée, alors que la tache ecchymotique est fraîche et douloureuse; pendant les jours suivants, pas de douleur spontanée; cela a bien son importance, les névrites attirent l'attention, elles nous parlent douloureusement, elles irritent, leur douleur est capricieuse et exacerbante. Nous pourrions presque écrire, sans craindre le paradoxe, que le caractère prédominant du « clou » chez le joueur de pelote basque, c'est qu'il ne fait parler de lui qu'alors qu'on le croit généralement guéri, alors que la main recommence à s'exercer doucement à son jeu favori. Le « clou » est là muet encore, tapi dans l'intimité de la chair et du squelette de la main, il ne se presse pas d'attirer notre attention, on le croit définitivement arraché, on frappe plus fort, tout va bien, la main s'échauffe, on lâche tout, la pelote claque et.. la douleur

sournoise acérée revient vous mordre, renfonçant son fameux « clou ». La névrite ascendante assez fréquente par ailleurs dans d'autres traumatismes fermés n'a jamais été constatée par nous parmi bien des joueurs observés et paraît relativement rare.

La branche profonde du cubital, de par sa situation anatomique, n'est que très indirectement intéressée par le traumatisme, mais ses filets comme nous savons innervent tous les interosseux et l'adducteur du pouce. Les interosseux palmaires, au nombre de trois, produisent lorsqu'ils sont paralysés ce qu'il est classique de nommer la griffe cubitale (paralysie de la branche profonde du cubital); nous n'avons jamais constaté pareille griffe chez des joueurs de pelote, cependant nous avons pu apercevoir chez certains d'entre eux une tendance marquée faiblement à cette position particulière de l'ensemble des doigts de la main, tendance due sans doute à une rétraction aponévrotique; il est possible que les aponévroses palmaires sous l'influence des chocs prolongés en subissent le contre-coup donnant cette rétraction partiellement apparente.

2° *Arthrite*. — La théorie pathogénique voyant dans le clou une arthrite de l'articulation métacarpo-phalangienne, surtout des troisième et quatrième articulations, jouit d'une certaine faveur parmi plusieurs praticiens distingués du Pays Basque (4); il ne peut s'agir évidemment d'arthrite infectieuse mais plutôt de cette catégorie d'arthrite sèche et déformante des petites articulations métacarpo-phalangiennes; comme on le sait, cette variété d'arthrite est caractérisée anatomiquement par une usure et une destruction des cartilages diarthroïdaux et par une néoformation de cartilage et d'os au niveau des parties fibreuses; cliniquement elle est caractérisée par « sa chronicité d'emblée, son siège qui touche de préférence les grandes articulations, par les craquements qui résultent du dépolissage des cartilages et par la défor-

(4) Docteur Lissar, Docteur Inda, Docteur Ernautène de Saint-Palais (B.-P.).

mation des extrémités articulaires dues aux néoformations cartilagineuses, l'absence d'ankylose, la non-tendance à la suppuration, la longue durée et l'incurabilité habituelle... »

Ce tableau succinct brossé par le Professeur Forgues cadre-rait assez bien avec la symptomatologie du clou, nous avons signalé chez ce dernier sa longue durée, sa quasi-chronicité, certains observateurs⁽²⁾ ont, avec nous, remarqué la grosseur de la tête du troisième métacarpien qui saille parfois anormalement en arrière sur le dos de la main; mais cette exagération même du volume de la tête du troisième métacarpien est-elle bien due à une néoformation cartilagineuse ? Y a-t-il usure et éraillure des cartilages diarthroïdaux par les traumatismes violents et répétés ? A la pression la région articulaire (métacarpo-phalangienne) d'une main présentant le clou est toujours douloureuse; une étude anatomo-pathologique du cartilage articulaire pourrait seule éclairer le diagnostic et l'aiguiller vers cette hypothèse, nous savons la difficulté d'une telle opération.

Nous objecterons modestement que dans cette hypothèse d'arthrite traumatique sèche, aseptique, à symptômes frustes, il devrait s'ajouter des signes plus nets, plus caractéristiques d'arthrite véritable, la douleur provoquée par les mouvements de l'articulation par exemple; cette douleur est à vrai dire très variable, pratiquement elle est rare.

La durée du mal ? Au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre, à tel point qu'il ne nous semble pas paradoxal d'écrire que ce qui est chronique ce n'est pas le mal lui-même mais bien le besoin de tous les Basquès et aficionados de recommencer à jouer.

3° *Ostéite*. — Avons-nous affaire à une ostéite de la tête des métacarpiens traumatisés ? L'hypothèse est assez soutenable, la douleur n'a pas cependant de caractères névralgiques, cette pseudo-ostéite chronique ne s'accompagnerait guère de déformations osseuses caractéristiques; aurions-nous

(2) Docteur Etchepare.

un petit foyer purulent enkysté dans la région de la tête des métacarpiens ou bien, comme il est possible, aurions-nous anatomo-pathologiquement sans pus ni séquestre ces « aréoles irrégulières avec moelle fibreuse, sclérosée, véritable médullite plastique avec condensation et hyperostose du tissu spongieux avoisinant ? »⁽¹⁾, une étude histologique de l'os éclaircirait la question.

4° *Synovite*. — Les synoviales de la main sont-elles atteintes ? Cela est peu probable de par leur situation anatomique; le traumatisme épargne à peu près les synoviales digito-palmares des deux doigts extrêmes, seule la synoviale du troisième doigt à sa partie supérieure est intéressée assez partiellement. Réagit-elle spécifiquement ? On peut répondre par la négative. En tout cas elle ne serait pas capable de donner à elle seule ce type si spécial de douleur; d'autre part une synovite traumatique non infectieuse, simplement provoquée par les chocs violents et répétés de la pelote semble bien difficile à décrire et à déterminer cliniquement.

INTERPRÉTATION. — Ces différentes hypothèses ayant été brièvement discutées, il apparaît que la pathogénie du « clou » soit complexe; en réalité il ne semble pas qu'il faille entourer ce mal spécifique du jeu de pelote à mains nues du mystère que tous ses fidèles adeptes se plaisent à lui prêter. Si l'étiologie en est simple et logique, sa pathogénie ne doit rien apporter que de très banal à notre curiosité, nous retranschant derrière un électisme commode, il nous serait aisé d'invoquer le rôle partiel et nécessaire des hypothèses précédentes concordantes à la pathogénie du « clou »; il est possible que la vérité se trouve dans leur réunion; à notre avis, nous avons affaire à de simples phénomènes de myalgie et d'ostéite associés. Toute l'origine de la douleur est dans le « délabrement » de la main traumatisée, dans l'ecchymose ou hémorragie interstitielle; les muscles et les parties molles de cette région de la main violemment traumatisés

(1) Forgue.

se contusionnent, saignent et souffrent (période aiguë du mal pendant le jeu) les ramifications nerveuses, bouleversées si l'on peut dire, réagissent à chaque choc, et ces chocs cessant au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, mais si vous pressez fortement la région, vous appuyez ces parties molles récemment malades sur le plan osseux, dur et résistant de la tête du métacarpien correspondant, à l'endroit pressé, la douleur réapparaît plus assourdie d'ailleurs.

La meilleure preuve en faveur de notre hypothèse simpliste, c'est que la guérison du mal est apportée *uniquement* par le repos. En effet, les tissus se réparent, l'irrigation de la main violentée redevient normale... La plupart des joueurs disent avec un scepticisme railleur et parfois assez fat : « On ne guérit pas le « clou ». Cette assertion nous semble mal formulée, comme nous le disions précédemment : *Ce qu'on ne guérit pas c'est le besoin* (quoi de plus naturel) *de recommencer à jouer*. Au risque de paraître naïf, nous dirons : « La main ayant le « clou » est une main malade, parce qu'elle subit avec la pelote des contacts trop rudes et répétés; supprimez définitivement ces contacts, vous supprimerez radicalement le mal et vous vous servirez de votre main comme auparavant. » Cette lapalissade n'est pas à notre avis suffisamment présente à l'esprit de ceux qui s'intéressent à bon droit à cette question. Que les articulations métacarpo-phalangiennes réagissent légèrement pour leur propre compte, cela n'a rien de bien original, aussi bien la pathogénie du mal peut subir de légères variantes avec les manières particulières que possèdent les joueurs pour recevoir ou renvoyer la pelote, avec la résistance plus ou moins grande des parties traumatisées.

Si les parties de pelote se suivent non suffisamment espacées, le mal revient, les perturbations se reproduisent, il est possible qu'à ces périodes de récides fréquentes se surajoutent d'autres lésions donnant très partiellement corps aux hypothèses soulevées précédemment, il est possible aussi, ce qui expliquerait la disparition totale (très rare

d'ailleurs) du mal chez certains joueurs professionnels continuant leur métier, que la main apprenne à se défendre anatomiquement, qu'elle s'adapte mieux au travail brutal qu'on lui impose.

Etiologie du « clou ». — Rôle de la pelote.

Beaucoup de joueurs incriminent la texture même de la pelote dans l'étiologie du « clou ». Certaines pelotes à noyau central dur et à périphérie plus molle (Pelote I) seraient meilleures pour la main, les pelotes lourdes et uniformément serrées, qualifiées de « très dures » (Pelote II), favoriseraient l'apparition du « clou », leur surface plus dure épousant mieux la concavité molle de la main, appuyant uniformément sur l'espèce de cupule formée par celle-ci.

La pelote I à noyau plus dur que la périphérie, ce gros noyau frappe seul la main, il est plus lourd, la surface véritablement traumatisée est réduite, la superficie de la pelote plus molle forme amortisseur.

La pelote II uniformément dure et serrée (type courant) toute la pelote fait mal, toute la partie de la main touchée est écrasée.

La vitesse de propulsion de la pelote II est supérieure, (toutes choses égales) à celle de la pelote I, la pelote II lutte mieux contre la résistance de l'air, qu'elle coupe par toute sa surface d'une façon homogène, sa densité étant la même en tous ses points, la pelote I à noyau plus dense, ce dernier est relativement freiné par sa gangue.

FRÉQUENCE. — Certains amis médecins ont attiré notre attention sur la fréquence du clou actuellement parmi les joueurs de pelote à mains nues; ils invoquent le volume des pelotes d'aujourd'hui, qui serait plus réduit et de ce fait la région de la main traumatisée serait plus limitée, il en résulterait un écrasement plus probant.

Nous objecterons qu'il semble plus naturel d'invoquer la

structure intime de la pelote plutôt que son volume; il n'est d'ailleurs pas prouvé que le « clou » soit affaire de quelques grammes et il est difficile de prouver qu'une pelote plus petite (90 grammes) soit plus apte à donner le « clou » qu'une pelote (aussi uniformément dure) qui pèserait 100 à 110 grammes.

Le poids des pelotes a-t-il tellement varié ? Les joueurs se préoccupent d'ailleurs à juste titre de ce poids.

Nous ne sommes pas qualifié pour trancher cette question, nos connaissances des lois de la balistique ou de la physique n'étant pas suffisantes.

TOUS LES JOUEURS ONT-ILS LE « CLOU » ? — Il semble que la majorité d'entre eux en soit atteinte à une période plus ou moins éloignée de leur carrière sportive de pelotari; cependant nous connaissons quelques amateurs et deux ou trois professionnels qui prétendent n'en avoir jamais ressenti le douloureux symptôme. La structure anatomique de la main de ces joueurs favorisés doit apporter son mot dans leur privilège; il est évident que la main délicate de l'intellectuel ou du sédentaire désœuvré, ouvrier de la plume, etc., est plus fragile que celle du laboureur ou du joueur ayant une profession manuelle rude.

Les mains à durillons, callosités, les doigts noueux à la charpente épaisse sont autant de mains qui luttent longtemps avec succès contre l'atteinte du « clou » mais cette espèce de carapace, de morphologie naturelle ou acquise par les professions diverses, n'est jamais suffisante.

ASPECT DE LA MAIN PENDANT LE JEU. — Ce qui doit frapper l'observateur c'est l'incurvation de la main du joueur, ce dernier donne instinctivement à sa main la forme du « chistèra » (ongle géant hippocratique); cette forme est la plus favorable à la réception et au renvoi de la pelote, elle permet de mieux la diriger; si l'on frappe avec une main ouverte au maximum la pelote fait davantage mal, la courbe large du mouvement du bras la dirige seule et non plus les flexions si souples et variées du poignet; mouvement du poignet,

secret du fin joueur qui fait décrire à la pelote les trajectoires les plus délicates et les plus précises.

COMPLICATIONS DU « CLOU ». — Il est rare que le joueur continue à jouer à la période aiguë du mal, la douleur est trop vive, cependant certains d'entre eux, pour faire honneur à leur réputation d'endurance, voulant à tout prix terminer une partie commencée, s'obstinent à frapper; nous reconnaissons là un certain amour-propre trempé dans pas mal d'héroïsme.

Personnellement nous avons connu un jeune joueur qui eut un phlegmon des gaines de la main; consécutif à une plaie minime de la paume, plaie qui s'infecta et fut agrandie par les chocs de la pelote; cette plaie nécessita une intervention chirurgicale.

Cette complication est extrêmement rare.

Nous ne pensons pas non plus que le « clou » puisse provoquer une arthrite sèche traumatique des articulations métacarpo-phalangiennes; certains médecins ont attribué les petites douleurs tardives de la paume de la main, douleurs postérieures à ce que nous appellerons la « guérison pratique » du clou (15 à 20 jours après le début aigu), à des troubles d'ordre sympathiques, les filets nerveux (nervivisorum) péri-artériels des petits vaisseaux comprimés de la main réagiraient pour leur compte; il y a là peut-être une nouvelle hypothèse qui expliquerait la pathogénie du mal et peut être une indication pour son traitement radical, partant la possibilité pour le joueur de continuer la pratique régulière du jeu.

Traitement.

Question très controversée; d'ores et déjà avant de passer en revue les différentes méthodes ou conseils préconisés nous pouvons dire avec une certitude vérifiée par l'observation courante et de sérieuses références, il n'y a qu'un traitement du « clou » : le repos.

TRAITEMENT PRÉVENTIF. — Le plus important et le seul

ayant quelque valeur. Est-il possible au joueur d'éviter le « clou » ? Une méthode empirique très connue au Pays Basque, méthode qui se trouve affichée au mur du vestiaire de beaucoup de triquets, recommande au joueur avant de jouer :

1° De se tremper les deux mains dans de l'eau très chaude (40 à 50°), aussi chaude que possible, pendant cinq minutes environ.

2° De se réchauffer ensuite les deux mains avec une pelote à périphérie molle par de petits coups légers successifs.

3° Au début d'une partie, ne jamais donner son maximum de détente et de force à la main; de renvoyer la pelote avec une certaine mollesse ou abandon, accompagner la pelote, ne pas détacher nettement les coups.

4° Dès que la main se réchauffe et commence à se congestionner uniformément, donner petit à petit plus de marge et de liberté à vos coups.

Ce procédé préventif nous semble assez simple et excellent à tous égards. Certains joueurs entourent la paume de leur main d'une bande épaisse de caoutchouc, de toile; ce procédé ne donne pas de résultats, il présente en outre l'inconvénient de gêner ou d'entraver la direction précise de la pelote.

Ce qui frappe l'observateur c'est que le joueur de pelote a en quelque sorte la hantise du « clou », ce sont les précautions multiples qu'il prend pour essayer de l'écarter. Tel grand champion, comme Portefio, avait toujours dans sa poche un morceau de bois qu'il serrait très souvent dans ses mains afin, semble-t-il, d'habituer cette dernière à un contact rude permanent : « l'expression » de la main citée précédemment n'est qu'une forme de ces procédés préventifs; certains joueurs encore serrent leurs doigts médians (médius et annulaire) avec un fil en coton ou élastique, il s'ensuit une véritable anesthésie de la moitié supérieure de ces doigts, car il y a un arrêt ou obstacle mécanique à la circulation du sang, en revanche la main est plus vascularisée; de part et

d'autre des anneaux de fil, le joueur obtient une insensibilisation assez fruste de sa main par hypo et hypervascularisation.

TRAITEMENT CURATIF :

a) *Le massage* (1). — Praticqué par certains spécialistes dans les soins à donner aux joueurs; donnerait quelques bons résultats, la masse séro-sanguine correspondante à l'endroit malade est fortement massée (au grand dommage du patient qui souffre pendant l'opération), la douleur provoquée du « clou » disparaît mais non le clou lui-même qui réapparaît à la première partie.

L'application de *sangsues* provoquant une anémie de la région qui se décongestionnerait n'est pas non plus un traitement de choix; les sangsues, sécrétant leur hirudinase, arriveraient à faire disparaître assez vite l'ecchymose superficielle ou profonde.

b) *Les pointes de feu, ou cautérisations multiples au thermocautère*. — C'est une méthode frappant davantage l'esprit que le mal du patient.

c) *Electrothérapie*. — Fut essayée sur un joueur professionnel (2); là encore, pas de résultats appréciables, puisque ce même joueur souffre toujours de son mal.

En résumé, il semble bien que ce que l'on arrive à guérir par ces divers procédés c'est la douleur provoquée du mal et jamais la possibilité d'attraper à nouveau ce mal, seul résultat appréciable pour le joueur; en réalité le traitement efficace est apporté par le simple repos absolu de la main (quant au jeu de la pelote), repos variant de vingt jours à deux ou trois mois, ensuite reprise du jeu avec les précautions indiquées précédemment, être très circonspect dans le choix des pelotes, dans leur état hygrométrique, ne pas jouer non plus avec les mains humides ou mal essuyées, etc... (3). Le cham-

(1) Ager, Bayonne.

(2) Etchepare (Thèse Bordeaux).

(3) A. Arcé.

pion du monde de pelote à main nues Atano III trempe ses mains dans du vinaigre pendant le cours d'une partie, sans doute à cause des propriétés astringentes du vinaigre.

B. — *La main.*

Caractères morphologiques. — Modifications.

« Présentez-moi votre main droite et je vous dirai si vous êtes Basque ». Cet aphorisme très relatif présente néanmoins une certaine valeur, tant il est exact pour la main du joueur de pelote. Ce qui frappe tout d'abord dans la simple inspection d'une main de joueur professionnel ou amateur invétéré, c'est l'espèce de bouleversement, l'aspect tourmenté du squelette, ensuite nous remarquons souvent les modifications épidermiques apportées par les chocs de la pelote.

1° MODIFICATIONS DANS LE SQUELETTE. — Les plus importantes parce que les plus significatives de la profession du sujet. Jetons d'abord un coup d'œil d'ensemble sur la main ouverte devant nous; elle se présente très élargie, en « battoir », l'éminence hypothénar en particulier est souvent littéralement écrasée, déjetée en dehors.

Les déformations les plus importantes portent sur l'annulaire et sur l'index.

a) L'auriculaire présente un délabrement ou une sorte de chevauchement de ses phalanges, l'articulation phalango-phalangienne est souvent noueuse, augmentée de volume, enfin la phalangette ou dernière phalange est nettement déjetée en dedans de l'axe de la main. Cet aspect de la dernière phalange de l'auriculaire est presque classique chez tous les Basques ayant pratiqué très jeunes leur sport préféré.

Il est tellement typique que certains auteurs⁽¹⁾ n'hésitent

(1) Etchepare (Thèse Bordeaux).



LÉGENDE.

a, b, c : lieux de la pulpe où siègent fréquemment des points ecchymotiques.
d : ligne ecchymotique très fréquente au pli de flexion de l'éminence thénar.
e, f : déformation de l'auriculaire; concavité interne exagérée de l'index.
G-H-i : lieu où la douleur est maximum dans le « clou ».



Due à l'obligeance de M. le docteur Ortal, de Salies-de-Béarn.

Lahontan (p. 36).

pas à voir dans cette déformation un signe d'importance médico-légale réelle.

b) L'index présente plus rarement une déformation de son squelette qui consiste en une incurvation à concavité interne (par rapport à l'axe de la main) de l'articulation phalango-phalangienne.

c) Le médius est caractérisé surtout à la palpation par l'épaisseur de sa base articulaire avec la tête du troisième métacarpien.

Comment expliquer ces déformations. — Il faut invoquer d'abord l'âge du joueur à ses débuts dans la pratique du jeu; au Pays Basque les enfants dès l'âge le plus tendre (3 et 6 ans) s'exercent à jouer avec des pelotes toujours trop dures pour leurs petites et faibles mains, le tissu osseux est encore presque partout cartilagineux.

En outre il faut invoquer la dureté de la pelote, la manière dont elle vient frapper la main, les doigts sont légèrement repliés, incurvés, pour bien garder le contact avec la pelote, celle-ci frappe particulièrement les véritables charnières formées par les articulations phalango-phalangiennes et phalangino-phalangettiennes, écrasant ces articulations, les rejetant sans cesse en dehors; si la pelote a un volume exagéré pour la main, les doigts s'écartent à chaque choc.

La concavité interne de l'index résulte de ces chocs répétés; si la dernière phalange de l'index ne présente pas la déformation typique de l'ultime phalange de l'auriculaire, c'est que l'index étant plus long que le dernier doigt de la main, sa dernière phalange échappe partiellement au traumatisme direct de la pelote.

La radiographie que nous joignons montre bien ces déformations.

2° MODIFICATIONS DE LA SURFACE DE LA MAIN. — Les plus variables et difficilement caractéristiques étant données les professions manuelles multiples pouvant participer à ces modifications de forme et de surface.

Ce sont les durillons, callosités et autres néoformations de la paume de la main. Ces modifications du relief de la main n'ont rien de bien caractéristique pouvant être significatives d'autres professions manuelles, les durillons siègeront au niveau des boules graisseuses de la base d'implantation des doigts.

Il est plus intéressant d'observer l'ecchymose linéaire dont nous parlions tout au début de notre causerie; cette ecchymose que nous montrons dans notre dessin résulte du pincement de la pelote de la frange charnue de l'éminence thénar; elle a 2 centimètres de longueur suivant le sommet de la corne supérieure de l'M dessiné par les plis de la flexion, et 1 ou 2 millimètres d'épaisseur; cette ecchymose excessivement fréquente persiste pendant plusieurs jours, elle est très superficielle, immédiatement sous-épidermique.

Enfin il nous faut signaler les meurtrissures ecchymotiques plus ou moins circulaires de la pulpe des doigts; ceux-ci sont hyper congestionnés et subissent indirectement une partie du traumatisme, il en résulte de véritables coagulations sanguines très douloureuses à la pression et persistant de même pendant quelques jours.

En résumé, la main du joueur de pelote est caractérisée selon l'importance de chaque signe par :

- a) la déformation typique de la dernière phalange de l'auriculaire;
 - b) l'ecchymose linéaire sise à la base de l'éminence thénar;
 - c) l'hypertrophie de la tête du 3^e métacarpien (la déformation de l'index étant beaucoup moins fréquente);
 - d) les autres signes (callosités, durillons, crevasses, signalées par certains auteurs, ecchymoses de la pulpe des doigts) n'étant pas pathognomoniques de la main du joueur de pelote.
-

III

PHYSIOLOGIE ELEMENTAIRE DU SPORT BASQUE

VARIÉTÉS. — Il existe quatre sortes de jeu classique avec ou sans gant. Ce sont : le rebot, la longue, le blaid en place libre ou en trinquet, le pasaka, le pala, nouvelle variété de blaid.

Nous n'avons pas la prétention de décrire ici en détail les règles de ces différents jeux, nous voulons simplement esquisser quelques réflexions sur la valeur physiologique et hygiénique.

JEU A MAINS NUES. — Nous venons d'étudier les troubles pathologiques apportés par la pelote sur la main du joueur; les remarques que nous formulons ici n'ont aucune prétention scientifique, elles sont le résultat d'une observation courante; nous ne disposons pas d'appareils enregistreurs appropriés ou d'instrumentation adaptée à l'enregistrement rigoureux des phénomènes d'ordre musculaire ou vasculaire qui peuvent se produire pendant la durée d'une partie de pelote.

Le jeu avec la main nue est le jeu le plus simple, il présente l'avantage indiscutable sur les autres jeux avec gants d'utiliser les deux mains et les deux membres supérieurs du joueur; ce jeu se joue soit en place libre, soit dans un plan ou arène fermée qui se nomme au Pays Basque « trinquet ».

Le trinquet est une place fermée et couverte présentant quelques particularités : le mur de face, mur principal ou fronton, est « coupé » à son extrémité droite selon un pan formant avec la surface large restante du mur un angle obtus; ce pan de mur donne à la pelote qui le touche un

effet fantaisiste et imprévu, le mur de flanc gauche est longé par un long toit incliné appelé « tambour » sans doute à cause de la résonance provoquée par la pelote qui roule et rebondit dessus.

L'existence de ce tambour à gauche gênant considérablement le joueur, oblige ce dernier à se servir constamment de sa main gauche, par conséquent il en résulte dans le jeu de trinquet un travail à peu près égal des deux membres supérieurs. L'existence de ce tambour fermé par un filet dans lequel la pelote est souvent précipitée par le joueur voulant finir radicalement un point a encore pour résultat d'obliger le joueur à se servir souvent de la « volée ».

Ces détails nous amènent à conclure à l'avantage indiscutable que présente le jeu de trinquet sur les autres variétés de sport basque; il a comme inconvénient d'être joué dans une arène close, d'exiger un effort nerveux considérable; on nous a signalé l'extrême fatigue cardiaque que provoque ce jeu, l'asthénie véritable qui succède à de longues parties de trinquet, l'essoufflement permanent qui oblige le joueur à des repos fréquents après des points trop longuement disputés.

Personnellement nous avons remarqué la pâleur habituelle du visage de quelques joueurs professionnels de trinquet; nous n'en tirerons aucune conclusion.

Le jeu de blaid à mains nues en place libre semble beaucoup plus hygiénique, mais il demande aussi de gros efforts de souplesse, d'agilité; il se pratique peu dans les villes si ce n'est par les enfants, dans les villages c'est le jeu pratiqué.

JEU AVEC GANTS. — On distingue deux gants : le gant d'osier ou chistera et le gant de cuir, ce dernier étant le plus ancien des deux. Le chistera a la forme d'un ongle géant hippocratique, il est solidement fixé à la main et au poignet, on le fixe à ce dernier par un enroulement assez long de cordonnet.

Ce qui est à remarquer dans le jeu au chistera, c'est le rôle prépondérant du poignet, véritable charnière supportant tous les efforts.

Dans le jeu de « Yoko Garbi », on se sert d'un chistera de dimensions moindres et beaucoup plus léger, on joue au « petit atchiki », ce qui veut dire qu'il est interdit de garder la pelote dans le gant pendant une ou deux secondes comme on le fait avec le grand chistera; dans cette variété de jeu le poignet assume la principale besogne.

L'envoi de la pelote nécessite une série de temps en réalité très simples et rapides.

Premier temps. — Il faut noter le rôle des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras (observation et attente de la pelote).

Deuxième temps. — Temps d'arrêt très bref correspondant au choc de la pelote et à son roulement dans le gant incurvé; notons le rôle des muscles de la main, rôle de support du choc.

Troisième temps. — Rôle des muscles fléchisseurs de la main sur l'avant-bras, correspond au glissement de la pelote dans le gant, mouvement rapide.

Ce mouvement s'accompagne d'un balancement de tout le membre supérieur, balancement latéral de dehors en dedans, mouvement de fauchage. Le biceps intervient principalement dans l'arrêt brutal du balancement.

Les muscles de l'épaule (deltoïde, sus et sous-épineux, grand dorsal même) interviennent dans tous les temps.

Les pectoraux de même dilatent la cage thoracique.

Il faut remarquer aussi l'élongation du deltoïde chez les joueurs de chistera et d'une manière générale l'élongation de la musculature. Il faudrait presque croire que la pratique du sport basque ne produit par d'hypertrophie musculaire comme la pratique de beaucoup d'autres sports; le joueur de pelote basque véritablement digne de ce nom a une musculature plutôt fine, cette musculature tend à s'affiner, à se délier; tout au plus chez le joueur régulier au gant d'osier marque-t-on une légère augmentation musculaire du côté droit.

La cage thoracique se développe aussi particulièrement,

les tractions et les balancements répétés du membre supérieur favorisent considérablement l'aération, les pectoraux sont assez accusés chez les joueurs de pelote; les inspirations sont profondes et fréquentes, les expirations courtes, aussi le joueur ne se prive-t-il pas de boire même pendant les courts intervalles de repos qui sont dans la partie.

Quant aux autres groupes musculaires du tronc, leur rôle sans être primordial n'en est pas moins très important, les mouvements de flexion et de torsion (coups de revers, coups basques, etc.) sont très variés, la meilleure preuve de leur effort est donnée par la courbature généralisée à type de lumbago que le joueur dépourvu d'entraînement éprouve le lendemain de sa première partie; le membre inférieur est aussi actif que le membre supérieur, les déplacements du joueur sont rapides, imprévus et continuels, sauts, genuflexions, écarts, etc., de l'agilité du joueur dépend souvent sa supériorité.

Le pasaka, vieux jeu qui se joue avec un gant de cuir avec lequel les joueurs se renvoient une pelote très lourde (environ 200 grammes) de part et d'autre d'un filet tendu transversalement est un jeu analogue au tennis, mais il se joue dans le trinquet (courte paume) étant donnés les carambolages infinis qu'éprouve la pelote (rôle des murs de flanc) et demande à un degré supérieur adresse, agilité et sûreté du coup d'œil et par suite une dépense musculaire et nerveuse très importante.

Le rebot est le plus noble et le plus ancien jeu des Basques; ses règles sont complexes. il dérive du jeu de longue paume, issu de l'harpaste romaine, il se pratique sur une grande place libre fermée par deux murs, il exige une grande force musculaire de la part des « retourneurs » du fond de la place à cause de la distance très grande que doit franchir la pelote qu'ils renvoient (80 à 100 mètres); le « refilleur » doit être jeune, excessivement souple et adroit pour renvoyer les buts difficiles par leurs effets sur le « rebot ».

IV

REMARQUES RELATIVES AU JOUEUR DE GANT

Il nous reste à dire quelques mots des troubles pouvant atteindre le joueur de pelote au chistera; il existe surtout des phénomènes de myalgies diverses localisés à un seul muscle électivement ou généralisés à tout un groupe musculaire, des arthralgies, celle de l'articulation scapulo-humérale principalement; quelques phénomènes assez diffus d'ailleurs de névrites du membre supérieur.

1° MYALGIES. — Elles peuvent atteindre tout un groupe musculaire, être même généralisées à tous les principaux muscles du corps; dans ce dernier cas (joueur ayant cessé de jouer depuis de longs mois et faisant une partie) le joueur souffre partout, il est « courbaturé », ne peut esquisser un mouvement sans difficulté et douleur; cet état de pseudo-lumbago est surtout pénible le matin au réveil; après plusieurs heures de repos absolu, on assiste à une véritable ankylose musculaire qui diminue progressivement pour cesser au bout de quelques jours.

On peut avoir des phénomènes de myalgie localisés à un groupe musculaire et même électivement à un seul muscle. Les groupes musculaires les plus atteints sont le groupe du moignon de l'épaule recouvert par le deltoïde, le groupe des pectoraux, le groupe sus et sous-épineux.

Electivement on peut avoir des phénomènes douloureux

au niveau du deltoïde, du biceps, du bord supérieur et externe du grand dorsal; tous ces muscles sont douloureux à la palpation pendant plusieurs jours après la partie; les massages à l'huile camphrée ou à l'essence de thérébentine sont très en faveur pour le traitement de ces myalgies.

Dans ce rapide aperçu de la pathologie musculaire du joueur de pelote il nous faut signaler les crampes et les déchirures musculaires.

Les crampes sont excessivement fréquentes, cet état de tonicité exagérée d'un groupe musculaire fatigué survient pendant la durée d'une partie, le joueur s'immobilise et porte vivement ses deux mains au lieu de tiraillement; les crampes se localisent surtout au niveau du membre inférieur, principalement aux muscles de la région antérieure de la cuisse (quadriceps) et aux muscles du mollet (jumeaux et soléaire); on nous a signalé même des crampes au niveau des muscles de la région cervicale : muscles de la nuque, etc.

Les déchirures musculaires sont plus rares, elles peuvent être provoquées par une chute ou glissade pendant l'action vive du jeu, par un mouvement de détente trop violent ou un mouvement d'amplitude extrême ou une torsion du tronc ou du bras immédiatement suivie d'un rétablissement trop brusque et non suffisamment freiné; ces déchirures musculaires s'accompagnent d'ecchymose diffuse, elles sont douloureuses et entraînent une impotence fonctionnelle appréciable du membre correspondant à la région atteinte.

Nous avons constaté une véritable hernie musculaire saillante à travers une boutonnière aponévrotique, elle-même provoquée pendant une partie; ces hernies causent au joueur une certaine appréhension.

2° ARTHRALGIE DE L'ÉPAULE. — Il ne semble pas qu'il s'agisse véritablement d'arthrite chez le joueur de pelote au chistera; chez lui, en effet, pas d'infection d'ordre traumatique, nous avons encore affaire à des phénomènes douloureux localisés au niveau de l'articulation scapulo-humérale, entraînant une diminution notable de l'abduction du mem-

bre supérieur et quasi-impossibilité pour le joueur de « Revers » de pratiquer le jeu de « Volée » et *vice versa*.

Dans sa remarquable étude sur le sport basque (Thèse de Bordeaux, 1904), le Docteur Etchepare a très rigoureusement analysé la physiologie du jeu de l'avant ou jeu de la Volée et du jeu d'arrière ou jeu de Revers dans la pratique du grand chistera (dans le jeu avec petit gant ou « yoko garbi », il ne s'ensuit pas nécessairement que le joueur d'arrière ne se serve pas de la volée et réciproquement).

La pratique continuelle du jeu de revers chez le joueur de gant entraîne de multiples et rapides rotations postéro-externes de la tête humérale, celle-ci vient s'appuyer fortement contre la face postérieure de la capsule articulaire de la cavité glénoïde; le groupe musculaire sus-épineux, sous-épineux et Petit Rond avoisinant subit pour une part importante ces phénomènes répétés de traction et de semi-torsion.

Le jeu de Volée fait principalement intervenir l'action du groupe deltoïdien, les mouvements de la ceinture scapulaire s'associent à ceux de l'articulation scapulo-humérale, augmentant l'amplitude du mouvement du bras et permettant ce que les joueurs nomment la « Volée »; l'abduction du bras s'accompagne d'un mouvement de rotation ou de bascule de l'omoplate qui fait que la cavité glénoïde regarde de plus en plus vers le haut, le trochiter ne vient plus buter contre la partie supérieure de cette cavité.

Quels phénomènes physio-pathologiques peuvent résulter de ces mouvements répétés de l'articulation scapulo-humérale ? A première vue il faut noter une fatigue intense des muscles actifs de l'articulation de l'épaule, entraînant à la longue une semi-impotence fonctionnelle de l'articulation; il faut remarquer que le jeu dit de « Volée » fait appel à des mouvements physiologiques poussés à leur degré extrême, degré de laxité des ligaments et de la capsule périarticulaire, mouvements de l'omoplate associés, etc... C'est donc un jeu pénible; il s'ensuit au bout d'un certain temps une difficulté de plus en plus apparente pour le joueur de pratiquer le jeu

de volée ou même simplement de renvoyer la pelote par le mouvement latéral de « fauchage » de dehors en dedans; le joueur, dans son langage expressif, vous déclarera naïvement qu'il a « perdu son bras ». Pour remédier à cette « perte du bras » dans le renvoi de la pelote à la volée et ce que certains aficionados nomment le renvoi « par entrant », c'est-à-dire le mouvement de fauchage ou de balancement latéral de dehors en dedans (par rapport au joueur); ce dernier va se servir d'un autre mouvement qui consistera à recevoir la pelote « par en bas » ou « par dessous » de manière à ne rien demander à son deltoïde et aux autres muscles actifs de l'articulation de l'épaule. Ce nouveau mouvement de renvoi fait jouer presque exclusivement tous les muscles du bras (biceps surtout) de l'avant-bras et la charnière du poignet; d'autre part, cette manière de renvoyer la pelote, imprime à cette dernière après qu'elle a buté contre le mur un « effet » bien connu des joueurs, effet spécial très désagréable pour l'adversaire qui le plus souvent doit exécuter le même mouvement (renvoi que nous avons nommé schématiquement renvoi « par dessous ») pour la relancer contre le mur. Le fameux joueur Otharré était passé maître dans l'art de lancer la pelote de cette façon.

Certains médecins nous ont signalé la possibilité d'arthrite scapulo-humérale chez le joueur de chistera, cette arthrite serait analogue à ce que l'on a décrit sous le nom d'arthrite professionnelle; cette dernière résulterait de fissures ou éraillures se produisant au niveau du cartilage inter-articulaire sous l'action des mouvements répétés et violents de l'articulation; il ne nous a pas été donné de la constater personnellement chez plusieurs joueurs et anciens joueurs de chistera, les douleurs de la région deltoïdienne dont se plaignent quelquefois ces joueurs sont plutôt des douleurs à type rhumatisimal; pendant chaque partie de pelote la région scapulo-humérale en activité présente une hyperthermie remarquable qui s'accompagne même d'une sudation étendue; le refroi-

dissement brutal et rapide de cette région entre pour beaucoup dans la pathogénie de ces douleurs. Enfin la fatigue cardiaque, assez considérable chez les joueurs de trinquet, pourrait être le point de départ d'une nouvelle étude chez ces joueurs; cette étude demanderait le secours d'appareils enregistreurs apportés sur les lieux mêmes de la partie, ce serait l'œuvre de techniciens physiologiques et sportifs.

LA « PERTE DU BRAS » SPASME FONCTIONNEL ?

Les travaux déjà anciens mais si classiques encore de Duchenne (de Boulogne) parlent de ces spasmes fonctionnels, contractions continues, ou tremblements, ou impotences qui se manifestent seulement pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instructifs et se localisant dans quelques-uns des muscles entrant alors synergiquement en action. Le type en est la *crampe des écrivains*, ou difficulté d'écrire, voire impossibilité, les mouvements grossiers de l'avant-bras et de la main continuant à se faire normalement.

Hors l'action d'écrire, les doigts jouissent de la même adresse (cela n'est d'ailleurs pas entièrement vrai), de la même sûreté et de la même promptitude de mouvement.

Ces spasmes fonctionnels se retrouvent chez certains cordonniers, couturières, photographes, télégraphistes jonglant avec le Morse, servantes occupées à la traite des vaches.

La *perte du bras*, ou inaptitude pour le joueur de pelote au chistera de pratiquer le jeu de volée, nous semble présenter quelques sérieuses analogies avec les phénomènes cliniques manifestant ces spasmes fonctionnels ou crampes professionnelles. Il nous paraît d'ailleurs qu'il s'agisse plutôt de spasme que de crampe, ce dernier mot invoquant plus fortement l'idée d'une tétanisation musculaire, ce qui n'est pas souvent le cas chez nos joueurs de pelote. Selon Jaccoud, cette névrose des écrivains (qui fut la plus longuement étudiée par les auteurs) présente quatre modalités pathogéniques : la faiblesse paralytique, le tremblement, les mouvements d'as-

sociation, les contractures spasmodiques; pour lui la forme spasmodique avec tremblement serait la plus fréquente, il y aurait aussi une forme paralytique avec incapacité totale du moindre mouvement, main clouée au bureau; dans cette dernière forme on observerait souvent une douleur particulière qui suivrait manifestement le trajet des divisions nerveuses, on aurait même signalé des névrites concomitantes. Si nous analysons succinctement ce qui se passe chez notre joueur et si nous l'interrogeons, il nous déclarera :

a) Ne plus pouvoir se servir de son jeu de volée (ou de revers) avec *la même souplesse, la même force que par le passé*;

b) Soit parce qu'il souffre dans la région scapulo-humérale ou au niveau du poignet et de l'avant-bras (cas très fréquents) soit parce qu'il lui est impossible de coordonner suffisamment son mouvement, de l'adapter à sa fonction primitive (volée ou revers);

c) Dans tous les cas, la force de propulsion ou de renvoi de la pelote est très diminuée, mais elle *n'est jamais inexistante*.

Ce dernier détail suffit à différencier cette « perte du bras » des spasmes fonctionnels dont nous essayons de la rapprocher; le spasme professionnel du joueur de pelote diminue considérablement la fonction du membre, mais ne la détruit pas. En revanche, le joueur souffre s'il insiste et il en retire pendant les intervalles de repos qui suivent les parties de véritables névralgies articulaires ou brachiales. On a incriminé dans la fameuse crampe des écrivains les porte-plume trop lourds, le papier trop rude, tout ce qui accroît la fatigue de la main et *a fortiori* l'abus constant de l'écriture ou la répétition exagérée et constante d'un même acte dans d'autres crampes professionnelles; nous pourrions invoquer indépendamment de la pratique fréquente du jeu, dans une de ses spécialités, volée ou revers, et dans le même ordre d'idées : le poids du grand ou de petit chistera; ou du gant de cuir et des grosses pelotes dans la pratique du vieux jeu

de pasaka. Nous n'avons pas à entrer dans le détail de la discussion relative à la pathogénie de ces spasmes fonctionnels, origine centrale comme le déclare Duchenne (de Boulogne) : « centre nerveux surexcité ou épuisé par l'exercice souvent répété de certaines fonctions musculaires, tantôt ferait une décharge nerveuse trop considérable et produirait la contraction de certains muscles, tantôt leur enverrait l'excitant nerveux irrégulièrement et occasionnerait des tremblements ou des mouvements cloniques, tantôt enfin cesserait de leur distribuer la force nerveuse... », ou bien origine périphérique comme le voulait V. Poore : « lésions périphériques qui sont une parésie, ou une contracture musculaire, un tremblement localisé, une tremulation fibrillaire de certains muscles, une douleur locale, une sensibilité spéciale de certains centres nerveux... »

Nous n'en retiendrons, comme V. Poore dans ses premiers travaux : « plutôt une fatigue chronique, espèce de faiblesse véritable du muscle, due généralement à du surmenage ».

En résumé, la « perte du bras » chez le joueur de pelote n'est pas *entièrement* assimilable à un spasme fonctionnel dont le type le plus étudié est la crampe des écrivains. dans tous les cas elle n'est pas une crampe comme en possédait le monsieur dont la tête tournait à droite par la contraction des muscles rotateurs lorsqu'il lisait; très imparfaitement nous en ferons une asthénie particulière des muscles intéressant le mouvement demandé, une impuissance de réalisation fonctionnelle complète, une dégradation réelle de cette fonction accompagnée de douleurs variables selon les joueurs et leurs manières si variées elles-mêmes dans l'exécution du même groupe de mouvements.

CONCLUSION

I. — Le jeu de pelote favorise l'apparition de certaines déformations dans la morphologie générale de l'athlète et particulièrement dans le squelette de la main :

1° L'angulation ou déviation interne de la phalangette de l'auriculaire par rapport à l'axe de la main;

2° Les callosités diverses, durillons, crevasses de la paume de la main et des doigts, etc.

3° Nous y ajoutons :

- a) l'ecchymose linéaire sise à la base de l'éminence thénar à la partie supéro-externe de son pli de flexion;
- b) la concavité interne prononcée de la ligne squelettique de l'index;
- c) une subluxation toujours assez visible de la dernière phalange du pouce et de l'auriculaire;

II. — Le jeu de pelote peut également provoquer :

1° Un syndrome douloureux de la main que les Basques appellent « clou ».

L'analyse clinique de ce syndrome nous autorise à considérer le « clou », au point de vue de sa pathogénie, comme un ensemble de phénomènes de myalgie et d'ostéite de la tête des métacarpiens associés.

Le traitement du « clou » est le repos.

2° Des douleurs musculaires, courbatures, myalgies diverses, lesquelles sont banales et communes à beaucoup d'autres sports.

III. Il convient de signaler chez les joueurs de chistera cette « perte » particulière du bras chez les joueurs pratiquant le jeu de volée et cette impotence spéciale du poignet chez les joueurs de petit gant, analogue à certaines crampes professionnelles ou plutôt à certains spasmes fonctionnels, comme la crampe des écrivains.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

Le Président,
R. CRUCHET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

ETCHEPARE (D^r Jean). — Quelques remarques sur le jeu de pelote.
Thèse Bordeaux, 1901.

JAUREGUIBER (D^r Jean). — Considérations sur la valeur hygiénique
comparée des sports. Thèse Bordeaux, 1905.

HERVOCHE. — Contribution à l'étude physiologique de quelques
sports nouveaux, nécessité de leur surveillance par le
médecin. Thèse Bordeaux, 1911.

LÉRI (A.). — Les nodosités de la main. *Bulletin médical*, Paris,
1922, t. XXXVI, p. 337.

BLAZY (E.). — La pelote basque.

Académie des Sports : T. II : La pelote basque. Paris, Librairie
de France.

FOURNIER. — Etudes sur le Pays basque. Paris, 1908.

ABBADIE D'ARRAST. — Causeries sur le Pays basque. Paris, 1909.

BESNARD (Charles). — Le Pays basque français. Paris, 1921.

LHANDE. — Le Pays basque à vol d'oiseau.

WIDAL. — Traité de médecine. Paris, 1925.

